

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

200

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 avril 1889, à 1 heure

Par ANDRÉ-LOUIS-ÉMILE PROVOST

Né le 2 septembre 1858, au Croisic (Loire-Inférieure).

Ancien interne à l'asile d'aliénés du Mans

Ancien interne à l'hôpital de Rothschild

Ancien interne du dispensaire Furtado-Heine

ETUDE SUR LES VOMISSEMENTS

AU DÉBUT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. BALL, professeur.

*Juges : MM. { PETER, professeur.
RAYMOND, TROISIER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11, 13

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

200

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 avril 1889, à 1 heure

Par ANDRÉ-LOUIS-ÉMILE PROVOST

Né le 2 septembre 1858, au Croisic (Loire-Inférieure).

Ancien interne à l'asile d'aliénés du Mans

Ancien interne à l'hôpital de Rothschild

Ancien interne du dispensaire Furtado-Heine

ETUDE SUR LES VOMISSEMENTS

AU DÉBUT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. BALL, professeur.

*Juges : MM. { PETER, professeur.
RAYMOND, TROISIER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11, 13

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO.
	DIEULAFOY.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale	LANNFLONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	DUPLAY.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUSS.
	G. SÉE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	RICHET.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. HANOT	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANRIOT	POIRIER, chef	REYNIER
BOUILLY	HUTINEL	des travaux	RIBEMONT.
BRISAUD	JALAGUIER	anatomiques	DESSAIGNES
BRUN	JOFFROY	POUCHET	ROBIN (Albert)
BUDIN	KIRMISSON	QUENU	SCHWARTZ
CAMPENON	LANDOUZY	QUINQUAUD	SEGOND
CHAUFFARD	MAYGRIER	RAYMOND	TROISIER
DEJERINE		RECLUS	VILLEJEAN

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUDIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MONSIEUR WEILL

Directeur de l'hôpital de Rothschild

A MES AMIS

A MADAME FURTADO-HEINE

Témoignage de respectueuse reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MESSIEURS HEURTAUX, CHENANTAIS, TRASTOUR,
CHARTIER, ALBERT MALHERBE, DIANOUX DE NAN-
TES, MORDRET DU MANS, JACCOUD, VERNEUIL,
MARC SÉE, MAYGRIER, LEVEN, RUEFF, MENIÈRE,
REDARD, LEROUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BALL

Membre de l'Académie de médecine

Professeur de clinique des maladies mentales

Médecin des hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

ÉTUDE
SUR LES
VOMISSEMENTS
AU DÉBUT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

INTRODUCTION

Nous avons pu observer un certain nombre de cas de fièvre typhoïde dont le début avait été marqué par des vomissements. Habitué par nos lectures à considérer cet accident comme étranger à la symptomatologie normale de l'affection, nous avons pensé qu'il serait intéressant de rapprocher ces cas les uns des autres, et de rechercher dans quelles mesures les vomissements peuvent se rencontrer chez les typhiques. Dès le début de nos recherches nous avons été frappé des divergences considérables qui existent sur ce point entre les auteurs. Considérés par les uns comme un accident rare, par les autres comme un phénomène banal, les vomissements nous paraissent en tous cas mériter l'attention. Et c'est pour cela que nous n'avons pas hésité à prendre leur étude pour sujet de notre thèse. A la vérité il peut sembler téméraire d'aller

encore, après tant d'autres, demander à la fièvre typhoïde la matière d'un travail. Si connue cependant que puisse être cette maladie, il y a encore à étudier.

Nous prions M. le professeur Ball d'agréer tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous offrons également à nos maîtres dans les hôpitaux l'expression de notre reconnaissance pour les bienveillants conseils qu'ils nous ont donnés pendant toute la durée de nos études médicales.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les vomissements ne constituent pas un phénomène banal dans l'évolution de la fièvre typhoïde. Leur apparition peut faire hésiter le diagnostic, ou aggraver notablement le pronostic. Tous les auteurs les ont signalés ; mais les divergences d'opinion sont curieuses à constater. Qualifiés par les uns de symptômes pénibles, par les autres de signe pronostique fâcheux, ils pourraient dans certains cas, d'après Murchison, avoir une signification assez favorable. Ces divergences ne sont qu'apparentes ; toutes les opinions émises sur ce sujet peuvent être soutenues, il faut seulement se souvenir qu'elles correspondent à certains cas particuliers.

D'abord les vomissements s'observent surtout aux deux extrêmes de la vie. Chez l'enfant, au début de presque toutes les maladies fébriles, il y a des vomissements. Chez le vieillard, on les rencontre aussi souvent dans les affections à tendance adynamique, dans la pneumonie par exemple. Si l'on peut admettre qu'ils constituent une exception ou tout au moins un accident rare, eu égard au nombre total des fièvres typhoïdes, on voit qu'en se basant sur l'âge, on les trouve au contraire fréquents. Tous les médecins d'enfants s'accordent à reconnaître qu'ils font partie de la physionomie habituelle de la fièvre typhoïde infantile.

En second lieu, le vomissement qui apparaît au début et ceux qui se montrent plus tard sont loin d'avoir une valeur égale. Il nous suffira de rappeler les ulcérations gastriques décrites par Chauffard dans les fièvres typhoïdes avancées; d'autre part il est bien évident que les péritonites, qui n'apparaissent guère qu'à vers la fin de la maladie, peuvent être une cause de vomissements sur la gravité pronostique desquels il est inutile d'insister.

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE

Nous n'étudierons ici que les causes occasionnelles. L'étude des causes intimes de la pathogénie sera faite ultérieurement.

Age. — C'est surtout chez l'enfant que le vomissement initial se rencontre. Nous donnons plus loin les chiffres de divers auteurs, et nous n'anticiperons pas. On l'observe aussi chez le vieillard, mais avec une fréquence relative beaucoup moindre.

Influences diverses. — Les influences saisonnières jouent sans doute un rôle moins considérable que ne le pensaient nos devanciers, et les recherches des modernes ont permis de substituer à l'ancienne théorie du « génie épidémique », de la « constitution médicale » des données moins hypothétiques. Toutefois il paraît certain que les phénomènes gastriques sont plus marqués dans certaines épidémies que dans d'autres.

Il en est pour eux, comme pour la constipation, qui existe parfois chez la presque totalité des malades dans une épidémie. Les rapports de M. Besnier à la *Société médicale des hôpitaux* renferment un nombre considérable de faits de ce genre.

Affections gastriques antérieures. — L'existence d'un état dyspeptique antérieur nous a paru favoriser dans une certaine mesure l'apparition des accidents gastri-

ques initiaux. Plusieurs de nos malades étaient des alcooliques ; chez un autre, il existait un état dyspeptique d'origine goutteuse.

Il semble aussi que les enfants privés de nourriture ou habituellement mal nourris soient plus exposés que les autres à des accidents de cet ordre, mais nous ne pouvons rien affirmer à cet égard.

Dans le travail de Le Gendre consacré à l'étude des rapports que la dilatation de l'estomac peut affecter avec la fièvre typhoïde, nous voyons que l'atonie de l'estomac paraît favoriser le développement de la maladie infectieuse, mais l'auteur que nous citons ne paraît pas avoir observé de relation entre l'état de l'estomac et la forme de la maladie infectieuse.

Il semble cependant légitime d'admettre que le mauvais état habituel du tube digestif doit créer une prédisposition fâcheuse ; et peut-être un certain nombre de faits d'intolérance gastrique pourraient-ils être interprétés de cette façon. Il y aurait là, croyons-nous, matière à des recherches intéressantes.

FRÉQUENCE

« Au début, dit M. le professeur Jaccoud, le vomissement est rare, sauf dans les cas à prodromes gastriques ; il est un peu plus fréquent chez les enfants, mais en somme il ne doit occuper qu'une place secondaire dans la symptomatologie initiale de la maladie. Lorsque les choses marchent régulièrement, le vomissement fait complètement défaut durant toute la première période (*Path. int.*).

Nous avons tenu à citer intégralement ce passage qui traduit l'opinion générale. Tous les auteurs s'accordent à le dire, les vomissements sont rares sauf, comme le dit l'auteur que nous venons de citer, dans les cas à prodromes gastriques et chez les enfants. Mais nous ferons tout de suite observer que cette rareté est peut-être plus apparente que réelle. Si, ce que pour notre part nous ne mettons pas en doute, l'embarras gastrique pur et simple existe comme maladie distincte de la fièvre typhoïde, il est néanmoins certain que les recherches bactériologiques tendent à restreindre singulièrement le nombre des embarras gastriques au profit de la fièvre typhoïde.

Il serait à désirer que l'examen bactériologique des garde-robes devînt aussi habituel que la recherche des bacilles de Koch dans les crachats. On verrait alors, nous n'en doutons pas, un grand nombre de ces cas

légers qualifiés de « synoques », « d'embarras gastrique » reprendre dans le cadre de la dothiéntérie la place qui leur appartient. Nous n'avons pu faire ce travail, mais pareille recherche a déjà été faite. M. Letulle dans sa remarquable thèse d'agrégation sur « les pyrexies abortives » rappelle l'opinion soutenue par une foule d'auteurs, en particulier par Kelsch et Kierner : la synoque est purement et simplement une fébricule, une fièvre typhoïde abortive. Mais, dans ces cas légers, abortifs, le vomissement est un symptôme habituel, banal ; et, comme d'autre part les synoques sont loin d'être rares, il faudrait, si l'on se décide à les faire rentrer dans le cadre de la fièvre typhoïde, reconnaître en même temps que les vomissements au lieu d'être un accident rare, représentent au contraire un accident fréquent.

Sans doute et nous ne pouvons nous le dissimuler, une pareille proposition suppose résolue la question de l'identité des deux affections. Qu'on nous permette de passer rapidement en revue les arguments proposés pour et contre cette identification.

Monneret (1857) est le premier auteur qui ait montré les relations de la synoque avec la fièvre typhoïde, en insistant sur la coexistence habituelle des deux affections dans les épidémies qui surviennent au printemps. Avant lui, Broussais et son école n'avaient vu dans l'embarras gastrique qu'une forme de la gastrite. De nos jours, M. Jaccoud estime que l'embarras gastrique et la dothiéntérie sont deux affections absolument distinctes. M. Letulle qui résume toutes ces opinions dans son travail, n'ose affirmer l'identité abso-

lue, mais il fait remarquer que s'il existe des différences tranchées entre l'embarras gastrique type et la fièvre typhoïde régulière et complète, cette distinction devient impossible quand on considère les fébricules, les typhoïdettes de Lorain.

Nous ne pouvons, faute de matériaux suffisamment probants, nous prononcer d'une façon absolue.

Toutefois, nous penchons volontiers vers cette opinion, que si la fièvre typhoïde et l'embarras gastrique ne se confondent pas dans tous les cas, il en existe au moins un grand nombre dans lesquels une fièvre typhoïde indéniable prend la forme de l'embarras gastrique, au point de rendre fort difficile un diagnostic différentiel. Ce n'est que par une étude attentive des conditions génératrices de la maladie que le diagnostic sera rendu possible.

Nous nous rappelons avoir observé, il y a quelques années, un cas de cette nature. Tous les membres d'une famille, habitant un des vieux quartiers de Paris, furent successivement atteints de fièvre typhoïde. Chez trois des malades, l'affection prit un caractère grave, chez une autre, une jeune fille, les accidents furent très atténués, et la maladie prit une allure traînante; enfin, la plus jeune sœur présenta une série de symptômes très analogues à ceux que l'on assigne classiquement à la synoque. Seules les conditions dans lesquelles l'affection s'était développée firent admettre le diagnostic de fièvre typhoïde, diagnostic qui fut du reste confirmé par l'apparition d'une entérorrhagie légère.

Elle est clair que s'il y a réellement identité de

nature entre l'embarras gastrique fébrile et la dothiérientérie, les vomissements du début, loin de constituer une exception, devraient au contraire être considérés comme la règle. Et comme le nombre des fièvres typhoïdes bénignes serait ainsi considérablement accru, on pourrait trouver moins étrange l'assertion de Murchison, qui regarde le vomissement initial comme un phénomène favorable.

Nous ne possédons pas de chiffres permettant d'établir la fréquence relative du symptôme vomissement dans la fièvre typhoïde de l'adulte. Letulle l'a observé « plusieurs fois » dans les 80 cas abortifs dont il a pu réunir les observations.

Pour les enfants, nous sommes un peu mieux informés. Taupin a observé les vomissements dans un tiers des cas. Rilliet et Barthez les ont vus dans la moitié des cas graves. Ces auteurs, comme d'ailleurs d'Espine et Picot, en font un apanage des formes graves. Henoch les signale dans 20 cas sur 192, Barrier 10 fois sur 24. Revilliod, qui cite tous ces travaux, six fois seulement sur soixante-neuf. On arriverait avec ces chiffres à une proportion de $1/7$; et cette proportion est certainement trop faible, car, ainsi que le fait remarquer Revilliod, les renseignements que fournissent les parents des enfants hospitalisés sont souvent incomplets ou erronés.

CARACTÈRES CLINIQUES.

a) *Matières vomies.* — A une période avancée de la maladie, il n'est pas très rare de voir se produire des

vomissements verdâtres, porracés ; ce sont des vomissements péritonitiques, attribuables soit à une péritonite localisée, particulièrement à la péricapnésie, soit à une perforation. Mais au début de l'infection de tels vomissements sont exceptionnels. Nous dirions même volontiers qu'ils n'existent pas. Si, en effet, on cite des faits dans lesquels la dothiéntérie s'est révélée au médecin par une perforation, cela ne veut pas dire que les accidents formidables de la rupture intestinale aient été les premiers symptômes. En interrogeant avec soin les malades ou leur entourage, on arrive toujours à retrouver dans les jours qui ont précédé la catastrophe des signes divers : fatigue, inappétence, céphalalgie, insomnie, etc.

Le plus ordinairement les premiers vomissements sont composés de matières alimentaires. Le malade rejette ce qu'il a dans l'estomac, en une ou plusieurs fois. Ces vomissements de matière alimentaire peuvent même être les seuls observés, soit parce que le vomissement est unique, soit parce que le malade s'alimente plus ou moins pendant les premiers jours.

Si les vomissements se répètent, il est rare que quelques-uns au moins ne prennent pas le caractère bilieux. Ils sont alors jaunâtres, mousseux, amers et ordinairement peu abondants, mais fréquemment répétés. Les anciens observateurs Stoll, Sidenham, frappés de ce caractère, avaient donné le nom de *fièvres bilieuses* à une foule d'affections différentes, se manifestant au printemps, mais parmi lesquelles il y avait certainement des fièvres typhoïdes.

Par exception le vomissement peut être hémorra-

gique. C'est là un accident heureusement rare, car il est de la plus haute gravité.

Il n'est qu'une épisode de la fièvre typhoïde à forme hémorrhagique, moins fréquente que les formes analogues de la variole et de la scarlatine.

Nous n'en possédons pas d'exemple personnel, mais on en trouve quelques-uns dans la littérature médicale (Homolle).

b) Symptomatologie du vomissement. — Au point de vue de la forme des vomissements, deux catégories bien nettes peuvent être établies. Elles répondent à la distinction classique en vomissement d'origine gastrique et vomissement d'origine cérébrale. Dans le premier cas il y a des nausées, des efforts plus ou moins violents. Chez les enfants, les nausées sont peut-être plus accentuées encore que chez l'adulte ; le poulx devient filiforme, la physionomie exprime une angoisse intense (Steiner), puis des efforts ont lieu, d'autant plus pénibles que les vomissements sont plus fréquents, et le petit malade rejette quelques mucosités teintées de jaune.

Dans les cas moyens, l'intervalle entre des vomissements consécutifs peut être assez long, mais, dans les cas plus graves, ils peuvent se succéder presque sans interruption. Il suffit d'un changement de position, de l'introduction d'une cuillerée de liquide dans la bouche ou dans l'estomac pour en provoquer le retour.

Dans une de nos observations, ils étaient précédés d'une quinte de toux, dont on ne trouvait pas l'explication dans l'état de l'appareil respiratoire, et qui

d'ailleurs ne se produisait qu'après l'introduction d'un liquide dans l'estomac. Fait singulier, il existe pour ces vomissements un véritable phénomène de sélection. Un de nos malades ne rejetait absolument que le lait et ne vomissait ni le bouillon, ni les grogs, ni même la poudre de viande. M. Chauffard, dans l'intéressante thèse qu'il a consacrée aux désordres gastriques de la dothiéntérie, a bien montré un phénomène semblable pour les vomissements de la convalescence : Tel malade qui ne pouvait supporter le lait et les aliments dits « légers » digérait admirablement le jambon (V. Hutinel, thèse d'agrégation, 1883).

Le second type ou type cérébral diffère totalement du précédent.

Ici les nausées font défaut, le vomissement a lieu sans efforts ; la physionomie du malade ne change pas (Steiner). Cette forme s'observe surtout chez l'enfant, mais l'adulte n'en est pas exempt.

PRONOSTIC

Il est impossible d'indiquer un pronostic général. La valeur des vomissements dépend en effet de l'âge du sujet, de la forme du vomissement et de sa répétition, etc.

Chez l'enfant, on sait que le vomissement existe pour ainsi dire au début de toutes les affections fébriles. Ainsi que nous l'avons déjà dit, la dothiéntérie ne fait pas exception à la règle. Or, tous les médecins d'enfants sont d'accord sur ce point, la fièvre typhoïde de l'enfant est assez bénigne, et la mortalité qu'elle entraîne est faible. On voit que dans ce cas le vomissement n'a pas une signification inquiétante.

Ajoutons qu'il sera d'autant moins suspecte que l'enfant sera plus jeune. On sait avec quelle facilité vomissent ou plutôt régurgitent les enfants à la mamelle.

Il faudrait bien se garder de confondre avec le vomissement cérébral, le rejet d'aliments, que la situation presque verticale de l'estomac chez le jeune enfant facilite beaucoup. Observé chez un vieillard le vomissement initial a une certaine gravité.

Nous devons cependant dire que dans le seul cas de fièvre typhoïde sénile où nous l'ayons vu, la maladie s'est terminée heureusement.

D'une façon générale, le vomissement répété constitue un phénomène pénible, qui, en se surajoutant aux

autres accidents, céphalée, insomnie, douleur abdominale, aggrave certainement la situation des malades. D'autre part, il empêche l'administration des médicaments et des aliments. Mais il est incontestable que le vomissement cérébral est autrement inquiétant que le vomissement d'origine gastrique. Le premier traduit, en effet, un état pathologique du système nerveux central ou de ses enveloppes ; le second n'est que le signe d'une altération de l'estomac, que l'on peut espérer faire disparaître. Et à ce point de vue, une différence considérable sépare le vomissement du début de ceux qu'on observe dans la convalescence. Autant en effet, ceux-ci sont inquiétants, puisque leur raison d'être est dans les lésions profondes de la muqueuse gastrique, si bien décrites par M. Chauffard, autant le vomissement du début comporte un pronostic rassurant, puisque les altérations de la muqueuse gastrique à cette période sont purement superficielles.

Un point intéressant serait de savoir si, comme l'a dit West, les vomissements présagent une rechute. Dans le travail que M. Hutinel a consacré aux rechutes de la fièvre typhoïde, on ne trouve rien à l'appui de cette idée. La thèse plus récente de Romizowski-Devoucoux (1885), ne renferme non plus aucun renseignement sur ce point.

Nous ne pouvons que signaler le fait à l'attention, son importance justifierait des recherches que nous n'avons malheureusement pas le temps de faire.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Les cas les plus fréquents sont ceux où les vomissements sont dûs à une altération de la muqueuse gastrique. Bien que peu nombreuses, les autopsies de typhiques pratiquées à une période peu éloignée du début ont permis de constater des lésions peu accentuées, mais néanmoins très nettes. Ces lésions consistent avec une congestion de la muqueuse, avec infiltration embryonnaire des espaces inter-glandulaires.

Les érosions, les ulcérations n'apparaissent que plus tard, mais de même que dans l'intestin, elles sont précédées d'une infiltration parfois très marquée, parfois au contraire difficile à voir et ne se révélant que par un examen attentif. De plus, cette infiltration est parfois limitée à un petit nombre de points; c'est ce qui explique pourquoi les anatomo-pathologistes l'ont méconnue pendant longtemps, et pourquoi à l'heure actuelle beaucoup de médecins la considèrent encore comme une exception.

L'état de la langue traduit assez fidèlement ce qui se passe dans l'estomac, et sans croire comme les anciens observateurs que les désordres gastriques sont la répétition exacte des lésions que peut présenter la langue, il est permis de dire qu'il y a au moins des analogies étroites.

Il n'y a donc aucune difficulté à expliquer les vomissements d'origine gastrique. Irrité par la lésion qui se propage dans l'épaisseur de ses parois, l'estomac réa-

git. Si l'on ajoute à cela que la sécrétion du suc gastrique et de la pepsine doit certainement être modifiée, on comprendra sans peine et l'intolérance totale et l'intolérance partielle bornée à certains aliments.

Mais il faut reconnaître que la lésion gastrique n'explique pas tout. L'hyperesthésie est parfois tellement marquée, et les symptômes s'amendent si vite, qu'il est impossible d'admettre une lésion matérielle profonde, et que force est bien ici de faire intervenir un autre élément, l'élément nerveux.

La participation de ce dernier est évidente dans le vomissement sans nausées, désigné communément sous le nom de vomissement cérébral, et qui serait mieux désigné sous le nom de vomissement bulbaire. Quand on regarde les choses de près, on ne tarde pas à s'apercevoir que chez les sujets qui vomissent sans efforts, et chez qui se manifeste l'intolérance gastrique, il existe concurremment une série de phénomènes qui indiquent la participation du nerf vague tout entier. Le vomissement peut être précédé de toux, et cette toux *n'apparaît qu'après l'introduction* des liquides ou des aliments dans l'estomac.

En même temps on note de l'excitation cardiaque avec des phénomènes respiratoires. Est-on autorisé à admettre toujours une méningite en pareil cas ? Nous estimons qu'on peut la craindre, mais on se rappellera que les lésions typhoïdes de l'intestin peuvent s'arrêter à leurs premiers stades, et qu'il n'y a pas de raison pour qu'il n'en soit pas de même du côté du système nerveux.

DIAGNOSTIC

Quand on étudie les malades avec l'idée que tous les symptômes énumérés dans les livres doivent se retrouver en clinique, la présence d'un phénomène insolite peut faire hésiter le diagnostic. On oublie trop facilement que les descriptions les meilleures sont forcément un peu schématiques, et que, pour être exact il faudrait autant de descriptions qu'il y a de malades. Si nous insistons sur ce point, c'est que nous avons vu plusieurs fois des médecins, imbus de cette idée que le vomissement est étranger à la symptomatologie de la fièvre typhoïde, laisser leur diagnostic s'égarer, surtout quand il s'agissait d'adultes.

Néanmoins, si préparé que l'on soit par la clinique à ne pas faire à un symptôme une part exagérée, il faut bien reconnaître que parfois on est singulièrement embarrassé. Aussi croyons-nous devoir passer en revue les différents cas dans lesquels peuvent se rencontrer des accidents gastriques analogues à celui que nous étudions.

1° *Embarras gastrique.* — La première chose à laquelle un état de stupeur accompagné de vomissements doit faire penser, c'est l'état fébrile, décrit sous les noms d'embarras gastrique fébrile de synoque, etc. Nous avons déjà longuement parlé des rapports qui existent entre les deux affections gastrique et typhoïde,

et nous rappelons que, d'accord avec beaucoup d'auteurs, nous croyons à l'identité au moins dans un certain nombre de cas. Nous ne nous attarderons donc pas à discuter les caractères différentiels que les auteurs ont assignés aux deux affections ; stupeur et abattement chez le typhique, animation et facies vultueux chez le gastrique ; défervescence brusque chez le second, lente et graduelle chez le premier ; température moins rapidement ascendante et plus élevée chez le typhique, ascension rapide et élévation modérée chez le malade atteint de synoque. Il n'est pas jusqu'aux caractères de la langue, invoqués si souvent pour le diagnostic différentiel, qui ne puissent se retrouver au début de la dothiéntérie la plus classique, c'est le début à forme d'embarras gastrique dont parle M. Jacoud. En pareil cas, l'administration d'un ipéca lèverait tous les doutes. S'il y a simple embarras gastrique l'ipéca fera tout disparaître.

Si au contraire il s'agit d'une fièvre typhoïde, le soulagement sera passager, et après quelques heures d'un mieux relatif, tous les accidents reprendront leur cours normal.

2° *Pneumonie.* -- Le vomissement est un des signes habituels de début de la pneumonie. Si un malade ayant eu un frisson plus ou moins violent, un point de côté, des vomissements, se présente à l'examen, on songera tout de suite à une pneumonie, et si l'on trouve en même temps les signes classiques d'auscultation et de percussion, le doute ne sera plus permis. Cependant, même dans ces cas si nets en apparence, il y a place pour une erreur. La pneumonie va d'abord

évoluer, puis soit au milieu, soit à la fin de son évolution, surviendront des accidents étrangers à la physiologie ordinaire de la pneumonie, et ces accidents ne sont autre chose que des symptômes nettement caractérisés d'une fièvre typhoïde. Ce sont ces cas qui ont servi à Girard pour son travail sur la fièvre typhoïde à début pneumonique. L'observation de M. Lépine (thèse de Letulle) est encore un exemple du même genre.

Jusqu'à ces derniers temps le diagnostic, en pareil cas, ne faisait de doute pour personne. Il s'agissait bien d'une localisation de la dothiéntérie : seulement sous l'influence de causes occasionnelles diverses, cette localisation au lieu d'apparaître tardivement, avait lieu d'emblée ; on ne discutait que sa gravité relative. Indiquant pour M. le professeur Peter, une violence inusitée de la maladie, et comportant par suite un pronostic plus que réservé, elle n'aurait, si l'on en croit Girard, qu'une faible gravité ; et l'on s'ingéniait seulement à découvrir dans le mode de début, dans les signes locaux, dans l'évolution, les moyens de distinguer cette pneumonie typhoïde, de la pneumonie légitime avec symptômes adynamiques.

Récemment, Polguère a repris la question dans un travail plein d'intérêt. Pour lui, les localisations pulmonaires du poison typhique n'ont rien à voir avec la pneumonie vraie. Ce sont des hyperhémies, des lésions à forme broncho-pneumonique ; la pneumonie est toujours fonction d'un micro-organisme spécial, le pneumocoque de Friedlander et de Talamon. Il ne faudrait donc pas considérer ces pneumonies précédant la fièvre

typhoïde comme une première manifestation de celle-ci, mais simplement comme une sorte de préparation, agissant au même titre qu'une cause débilitante quelconque. Plus simplement on pourrait supposer que la pneumonie débute et évolue pendant le temps d'incubation de la fièvre typhoïde, absolument comme un chancre mou qui précède de plusieurs jours l'éclosion de la syphilis inoculée en même temps que lui.

Quelle que soit l'interprétation qu'on accepte, nous croyons être dans le vrai en disant que le vomissement ou les vomissements observés en pareil cas ne sont nullement sous la dépendance de la fièvre typhoïde, mais bien sous celle de la pneumonie. Dans ce cas ils ne peuvent ni aider, ni entraver le diagnostic.

3° *Tuberculose aiguë*. — En présence d'un malade présentant des symptômes typhoïdes et vomissant, on pourra penser à la tuberculose aiguë. Tous les médecins savent combien en pareil cas le diagnostic peut être malaisé. Dans l'infection aiguë par le bacille de Koch, comme dans l'infection typhique, les vomissements peuvent dépendre des localisations diverses de l'agent pathogène, mais nous ne les croyons guère plus fréquents dans la première que dans la seconde. Peut-être pourrait-on y trouver les éléments du diagnostic quand la tuberculose vient se greffer sur une fièvre typhoïde? Nous devons dire que les observations de cette nature recueillies par Gral (1883), par le Covec (1878) ne renferment rien qui puisse nous renseigner à ce sujet.

4° *Méningite*. — La méningite simple ou tubercu-

leuse offre avec la fièvre typhoïde des analogies symptomatiques qui rendent parfois le diagnostic extrêmement difficile.

Pour la méningite simple, l'hyperthermie, les contractures, les convulsions qui se manifestent dès le début ne feront guère songer à la fièvre typhoïde, dans laquelle de pareils symptômes sont extrêmement rares en tant que phénomènes initiaux.

Pour la méningite tuberculeuse, le ventre en bateau, les désordres de la sensibilité, l'hyperesthésie du début, permettent de poser le diagnostic. Mais si l'hésitation n'est pas permise dans les cas types, combien de faits moins bien dessinés dans lesquels une conclusion erronée s'impose presque.

Pour différencier la fièvre typhoïde de la méningite, on se fonde ordinairement sur la marche de la température et du pouls, sur la différence profonde qui existe entre les accidents survenant du côté du tube digestif, et sur la physionomie spéciale des accidents nerveux. Parmi tous ces symptômes, c'est surtout au vomissement et à la constipation qu'on demande les éléments du diagnostic. Or, nous ne saurions trop insister sur ce point, les vomissements n'ont aucun caractère différentiel. Chez l'enfant, ils se rencontrent partout chez l'adulte ils peuvent indiquer une lésion gastrique ou une lésion méningée ; mais ils n'apprennent rien sur la nature intime de la lésion.

Dans quelques cas de fièvre typhoïde cependant bien démontrée, ils peuvent entraîner une hésitation plus ou moins prolongée. Si, en effet, ils s'accompagnent

de quelques symptômes manifestement nerveux, leur interprétation deviendra fort difficile. Rien n'est plus commun en effet, que de trouver chez les typhiques une douleur fixe à la nuque ; si comme dans une de nos observations, cette douleur s'accompagne de fourmillements dans les bras, de désordres cardiaques ou respiratoires, le diagnostic de méningite tout au moins secondaire s'impose.

Et cependant, dans l'observation à laquelle nous faisons allusion, les choses se sont terminées heureusement, et si la maladie a été intense, elle n'a pas été longue.

La constipation, dont on serait tenté de faire un critérium, n'a pas une valeur absolue.

En effet, un typhique peut être constipé, et cela pendant plusieurs jours ; d'autre part un méningitique peut avoir de la diarrhée, ainsi que cela résulte des observations récemment publiées par Morel (Th. 1887).

En pareil cas on conçoit à quel point le diagnostic peut être hésitant. Peut-être le serait-il moins, si l'on était bien persuadé qu'il n'y a pas de symptômes absolus, et que le diagnostic ne saurait reposer sur la constatation d'un seul signe.

Après tous les auteurs, nous insisterons sur la valeur considérable des taches rosées lenticulaires comme signe différentiel.

TRAITEMENT

Contre les vomissements à type cérébral, on est à peu près désarmé ; cependant on pourra recourir au traitement classique, sans se dissimuler que la lésion est le plus souvent au-dessus des ressources de l'art. Les affusions froides, la glace intus et extra, les médicaments sédatifs : opium, bromure de potassium pourront trouver ici leur emploi.

Si, ce qui est heureusement le cas le plus fréquent, on se trouve en présence de vomissements d'origine gastrique, c'est contre l'état local qu'on dirigera la médication.

D'abord, il convient de tâtonner un peu, et de rechercher ce que l'estomac malade peut tolérer. Ainsi que nous l'avons dit plus haut il arrive parfois que des substances considérées comme indigestes sont tolérées tandis que d'autres, le lait par exemple, seront rejetées.

Mais il existe des cas particulièrement graves, dans lesquels tout est rejeté sans exception, il existe une intolérance absolue de l'estomac, il est alors indiqué de recourir aux substances capables d'anesthésier la muqueuse gastrique. Quelques gouttes d'une solution de cocaïne au 1/50^e, prises deux minutes avant l'ingestion des aliments, rendent de réels services. Il en sera de même des boissons gazeuses, champagne, eau

de Seltz, eaux minérales gazeuses. Il sera bon dans certains cas, de ne les administrer que frappées.

Quant au vomitif, que l'on pourrait être tenté d'administrer pour remédier à l'état saburral habituel en pareil cas, nous croyons qu'il est bon de se montrer réservé. La fatigue et la dépression qui accompagnent son action peuvent avoir une influence défavorable sur la marche ultérieure de la maladie.

CONCLUSIONS

Le vomissement au début de la fièvre typhoïde est fréquent chez l'enfant, plus rare chez l'adulte, moins rare cependant qu'on ne l'admet généralement.

Le vomissement rare et le vomissement d'origine gastrique avec nausées, ne comportent pas un pronostic grave.

Au contraire, la signification du vomissement dit cérébral est des plus inquiétantes.

Contre la première variété de vomissement, c'est au traitement local qu'il faudra recourir, contre la seconde il faudra s'efforcer de modifier l'état des centres nerveux.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. P., étudiant en médecine, dyspeptique depuis longtemps, est pris au commencement du mois d'octobre d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité.

Dès le début, apparaissent simultanément : 1° une douleur vive à la nuque, avec un peu de raideur du cou ; 2° des fourmillements dans les bras ; 3° des signes d'intolérance de l'estomac.

M. P. ne peut supporter ni le lait, ni le vin ; chaque fois qu'il tente d'avaler une gorgée de l'un ou de l'autre, il est pris d'une quinte de toux, suivie immédiatement du rejet d'aliments, presque sans nausées. Les boissons très froides sont également vomies, mais au bout de quelques instants seulement, le bouillon n'est par rejeté.

Pendant trois jours cet état d'intolérance gastrique a persisté.

M. P. ne pouvait tolérer les aliments qu'à la condition d'ingérer préalablement quelques gouttes d'une solution de cocaïne au 1/50°.

A partir du quatrième jour les vomissements ont cessé et la maladie a dès lors évolué normalement.

Elle s'est terminée par la guérison dans le cours de la troisième semaine.

OBSERVATION II (résumée)

Laurent Chab..., 34 ans, entre à la Charité, service de M. Bernutz, le 20 novembre 1883.

Ce malade, alcoolique invétéré, est pris dès le début, d'accidents ataxiques (délire violent, agitation, carphologie), auxquels viennent se joindre des vomissements, d'abord nauséux, puis effectant ensuite le type cérébral net, sans nausées et sans efforts. Pendant les premiers jours de la maladie, l'intolérance de l'estomac est devenue absolue. Les phénomènes d'excitation ont été progressivement en s'amendant, et malgré l'intoxication alcoolique, le malade a guéri sans rien présenter de spécial pendant la convalescence.

OBSERVATION III

Marie C..., 20 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, le 15 avril 1886. Cette malade à Paris depuis quatre à cinq ans, aurait eu autrefois des attaques épileptiques. Au moment de son entrée, elle est malade depuis six jours environ. Le début de la maladie a eu lieu par des maux de tête, des étourdissements, un peu de diarrhée et des vomissements.

Au moment de l'entrée elle est dans un état de stupeur profonde. Elle ne répond pas aux questions.

Langue sèche, rouge à la pointe et aux bords ; léger météorisme, pas de tache rosée, rate volumineuse.

Vomissements bilieux fréquents, sans efforts, comme par une sorte de régurgitation.

Raideur très prononcée du cou.

Strabisme externe de l'œil droit, constipation.

La mort survient au bout de quatre jours, sans modification

des symptômes. A l'autopsie on trouve les lésions caractéristiques des plaques de Peyer et une méningite de la base.

Cette observation, malgré la brièveté des détails, nous donne un exemple très net de la valeur seméiologique grave des vomissements à type cérébral. Dans ce cas, leur présence pouvait faire penser à une méningite, celle-ci existait en effet et c'est à cette localisation du poison typhique qu'est due la terminaison funeste.

OBSERVATION IV

Enfant de cinq ans, sans maladie antérieure. Au mois d'avril 1888, il est pris brusquement de vomissements ; sa mère a remarqué que depuis quelques jours, il était fatigué et mal en train. Au moment où nous l'examinons, il présente une température élevée, et se plaint de la tête et du ventre. On constate une rougeur diffuse de l'isthme du gosier. Les vomissements ayant attiré l'attention au détriment des autres symptômes, on pense à une affection des méninges ou à une fièvre éruptive. Le septième jour apparaissent des taches rosées lenticulaires. Après une maladie qui a duré environ trois semaines et qui a été traversée par quelques accidents graves (convulsions, hémorrhagie intestinale), le petit malade a parfaitement guéri et ne paraît se ressentir en rien de la maladie passée.

Cette observation vient à l'appui de l'opinion soutenue par d'Espine et Picot qui pensent que les vomissements accompagnés de constipation et de céphalalgie marquent le début d'une fièvre typhoïde grave.

OBSERVATION V (résumée)

Communiquée par M. Thibaut, interne des hôpitaux.

La veuve D..., infirmière, 46 ans.

Assez bien portante jusqu'à ce jour ; cependant elle est sujette aux épixtaxis.

Provost

Venue à Paris le 10 juillet ; entre à la Salpêtrière à cette époque.

Depuis le 14 août jusqu'au 19 ; courbature, céphalalgie, somnolence, diarrhée.

19 août. — Le matin elle est plus courbaturée ; garde le lit. T. 40°.

Depuis ce jour, agitation, veut se lever, délire, elle veut partir, dit des paroles incohérentes.

La force musculaire et les reflexes sont bien conservés.

La malade semble avoir de la céphalalgie frontale vive. Pupilles et yeux normaux.

Tremblement fébrile et soubresauts tendineux.

La langue est sèche, foncée.

La malade vomit les aliments qu'elle ingère depuis quelques jours.

Le ventre n'est pas ballonné ; pas dur.

Pas de taches. La fosse iliaque droite est le siège d'une douleur vive à la pression : gargouillement. La fosse iliaque gauche est douloureuse.

Le foie déborde les fosses côtes de trois travers de doigt. La rate est augmentée de volume. La malade est constipée depuis qu'elle est au lit, ne va à la salle qu'à l'aide de purgatifs.

L'inspiration se fait mal. Son normal à la percussion, partout des râles sibilants et ronflants surtout en avant et à gauche.

Pas d'expectoration.

Les battements du cœur sont faibles ; l'agitation de la malade rend l'examen fort difficile.

Le pouls est faible, dépressible, bat à 120.

La peau est chaude et sèche.

26. — Aggravation. Agitation plus grande. Respiration plus

rapide, 56 inspirations; température 39°,8 le matin, 40° le soir.

27. — Nuit plus calme, mais le matin la malade tombe dans le collapsus.

Téguments très pâles, peau recouverte de sueur froide. Coma.

La mort a lieu à dix heures du matin.

OBSERVATION VI

Communiquée par M. Thibaut, interne des hôpitaux.

L..., infirmière à la Salpêtrière, 18 ans.

Parents bien portants.

Modification du caractère depuis quelques semaines. Appétit capricieux. Menstruation irrégulière.

15 août. — Angine. Depuis ce moment : céphalalgie, soif, toux assez fréquente dans la soirée.

24. — La fatigue générale l'oblige à quitter son travail; elle garde le lit le 26.

27. — Céphalalgie et vertiges. Pas de diarrhée, langue humide, rate très volumineuse. Transpiration très abondante, généralisée.

29. — Insomnie, agitation, grande irritabilité. Un vomissement alimentaire le matin. Céphalalgie sincipitale. Douleur dans la fosse iliaque droite et gargouillement, mais il y a de la diarrhée depuis hier soir. La douleur est moins vive dans la fosse iliaque droite.

Les battements du cœur sont faibles. Transpiration abondante, une épistaxis dans l'après-midi. Ventre un peu ballonné. Le soir, T. 40°,2. R. 36. P. 100.

30. — Nuit mauvaise. Insomnie absolue, une selle diarrhéique involontaire. Même état. La malade a vomi un peu de limonade purgative, administrée le matin.

Le soir, vomissement d'une cuillerée de Todd ; le lait est rejeté. $T = 39^{\circ},6$, $P = 120$, $R = 36$.

31. — Insomnie, délire nocturne. A vomi la potion administrée la nuit.

L'après-midi deux vomissements alimentaires et bilieux, même état. La rate mesure douze centimètres, trois selles abondantes dont deux involontaires. Céphalalgie un peu moins vive. Soubresaut des tendons. Le soir $T = 39^{\circ},4$, $R = 40^{\circ}$ $P = 104$.

1^{er} septembre. — Même état. Deux selles involontaires le matin, pas de vomissement. Taches rosées sur le ventre, plus abondantes dans le dos. La rate mesure treize à quatorze centimètres.

Le soir une selle involontaire ; même état avec augmentation des soubresauts tendinaux.

$T = 39^{\circ},5$, $P = 112$, $R = 48$.

2 septembre. — Insomnie, délire léger. Un vomissement de vin le matin. Tendance syncopale. Soubresauts des tendons très marqués. Pouls faible. Quelques nausées le soir.

3. — Nuit calme. Deux selles involontaires.

Le soir : $T = 39^{\circ},7$, $P = 112$, $R = 36$.

4. — La nuit quelques nausées ; pas de vomissement. Même état. Prostration plus grande.

5. — Plus de soubresauts des tendons. Respiration calme, 36 R. La nuit vomissement de lait ; le matin vomissement du purgatif.

Le soir : $T = 39^{\circ},3$, $P = 100$, $R = 36$.

A partir de cette date les vomissements disparaissent et la maladie suit son cours.

Il y eut une rechute le 15 septembre, et malgré cela la guérison définitive survenait le 26.

OBSERVATION VII

(Tirée de la thèse de Fontagny ; forme méningitique de la fièvre typhoïde chez les enfants. Paris, 1883. Résumée.)

F..., 9 ans, entrée dans le service de M. Triboulet, le 3 novembre 1880. Antécédents héréditaires inconnus. Convulsions dans la première enfance. Début de la maladie par des frissons et des vomissements, l'enfant rejetait tout ce qu'elle prenait ; elle avait en même temps des maux de tête si violents, que parfois elle poussait des cris.

Au moment de l'entrée, respiration de Cheyne Stokes. État comateux. Ventre extrêmement douloureux. Constipation. Hyperesthésie générale. Neuf jours après l'entrée, amélioration de courte durée. Mort après reprise des phénomènes méningitiques.

Pendant toute la durée de la maladie, les vomissements ont continué, et le tableau a été celui d'une méningite.

A l'autopsie, méningite de la convexité et lésions des plaques de Peyer, dont quelques-unes sont ulcérées.

OBSERVATION VIII

(Tirée de la thèse de Cazalis, sur les phénomènes congestifs de la fièvre typhoïde. Paris, 1874.)

F..., entrée au 7^{me} jour d'une affection qui a débuté par des vomissements, des convulsions, du délire et de la constipation.

Au moment de l'entrée et les jours suivants, phénomènes méningitiques très accentués. Mort dans le coma.

Autopsie. — Plaques de Peyer ulcérées, épaississement des méninges avec injection.

Nous ne pousserons pas plus loin cette analyse des observations que nous avons pu recueillir dans les auteurs, toutes viennent à l'appui de ce que nous avons avancé, à savoir que le vomissement à type cérébral comporte un pronostic sérieux. Dans tous les cas où il est signalé, la maladie fut terminée par la mort, et l'autopsie a montré une véritable méningite, de siège et d'étendue variables, qui a contribué pour la plus grande part à la terminaison funeste de la maladie.

Vu par le Président de la thèse,

— — — — — BALL.

Vu, pour le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

